THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 29 août 1861,

Par Charles-Jules DUBRISAY,

né à Paris,

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris
(Cliniques, 1857; Hôtel-Dieu, 1858; Pitié, 1859; Enfant Jésus, 1860),
Médaille de Bronze des Hôpitaux
(Externat, 1856; Internat, 1860).

DES PARALYSIES
CONSÉCUTIVES AUX MALADIES AIGUËS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.

	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT, Président. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.
BAILLON, Examinateur.
BARTH, Examinateur.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.
FOUCHER.

MM. GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
SAPPEY.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRÈRE.

A M. LE DR BLACHE,

Médecin de l'hôpital des Enfants.

A M. LE DR FROMENT,

ancien Prosecteur de l'Amphithéâtre des Hôpitaux.

A M. JULES VOILLEMIER.

Messieurs, vous avez été pour moi des maîtres et des amis pleins de dévouement et d'affection : c'est du fond du cœur que je vous en exprime toute ma reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR NÉLATON.

A M. LE D[R] BAILLARGER.

A M. LE D[R] ROBERT.

A M. LE D[R] GENDRIN.

A MM. LES D^{RS} HENRI ROGER

ET PAUL GUERSANT.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX:

M. LE PROFESSEUR MALGAIGNE,

MM. LES D^{RS} MICHON, LÉON VOILLEMIER,

VERNEUIL, A. RICHARD.

A MES AMIS,

LES D^{RS} LOBLIGEOIS ET CAVASSE.

DES PARALYSIES

CONSÉCUTIVES

AUX MALADIES AIGUËS.

Depuis quelques années, l'étude des paralysies a donné lieu à un grand nombre de travaux. Envisagées dans leurs rapports avec les maladies aiguës, elles ont surtout appelé l'attention des médecins, et même, à certains points de vue, leur histoire a paru le résultat de découvertes toutes nouvelles : c'est ainsi qu'on a décrit comme un phénomène consécutif à la diphthérite une paralysie qui avait jusqu'alors échappé à l'attention des observateurs; cette découverte a donné lieu elle-même à de nouveaux travaux.

Tout en admettant sans contestation la paralysie dite diphthéritique, plusieurs auteurs lui ont refusé le caractère spécifique qui lui avait été d'abord accordé, et ont ainsi fait surgir une discussion intéressante au sein de la Société médicale des hôpitaux. Au point de vue historique, M. Littré, apportant aux débats les ressources de sa grande érudition, est venu prouver, par les textes, que la paralysie diphthéritique était connue d'Hippocrate; que ce que nous ignorions au XIX[e] siècle, on le savait au V[e], et a donné ainsi un nouvel intérêt à la question en litige. Il m'a semblé curieux de résumer ces divers travaux, et c'est ce que je me propose de faire dans cette thèse.

HISTORIQUE.

L'étude des paralysies se bornait autrefois presque exclusivement à un seul chapitre : le rapport qui existe entre la paralysie étudiée comme symptôme et les lésions du système nerveux central, soit le cerveau, soit la moelle. Les recherches modernes ont ajouté un second chapitre à cette étude : celui des paralysies sympathiques et essentielles, dans lesquelles on ne trouve pas de lésion, du moins de lésion apparente, dans le système nerveux. A ce point de vue, un certain nombre de faits de paralysie avait déjà été entrevu par les auteurs anciens, mais ces exemples étaient épars et disséminés : la paralysie n'était qu'un accident, une complication dont on trouvait l'histoire à la suite de la maladie primitive.

Démontrer que ces faits présentent assez de points de contact pour être élevés au rang de fait général, c'est le but que se sont proposé déjà plusieurs de nos maîtres, et que nous voulons, à notre tour, essayer d'atteindre.

Parmi les affections à la suite ou dans le cours desquelles on voit survenir des paralysies, celles qui avaient été signalées depuis longtemps sont le typhus, la variole, la fièvre typhoïde, le choléra, et même les phlegmasies thoraciques. Quant à ces dernières toutefois, nous faisons d'avance une réserve, et nous reconnaissons que les faits de paralysie qu'on trouve dans les anciens, Galien, Boerhaave, Hoffmann, etc., ne répondent pas tous aux faits que nous avons l'intention d'étudier.

Hildenbrand, parlant d'une épidémie de typhus, dit, assez vaguement il est vrai, que la mort avait lieu par épuisement de la force vitale, avec relâchement des sphincters et tremblement continuel de tout le corps.

Tissot, dans une épidémie de fièvre bilieuse, raconte l'histoire d'un jeune homme qui ne pouvait plus marcher, dont la mémoire avait disparu, dont la parole était devenue très-difficile.

Larroque cite des faits analogues; MM. Rilliet et Barthez, M. Monneret, rapportent également de véritables exemples de paralysies à la suite de la fièvre typhoïde.

A côté de ces faits il faut citer un exemple de paralysie observé par M. Landry consécutivement à la suette.

Comme conséquence du choléra et de la dysentérie, les paralysies avaient été également notées : Magendie, en 1832; Contour à Moscou, en 1849; MM. Landry, Delasiauve, en 1849, avaient observé des paralysies secondaires, soit partielles, soit générales.

Pour la dysentérie, Fabricius, Zimmerman, avaient également constaté des paralysies consécutives, et, de notre temps, un assez grand nombre de faits sont venus confirmer les assertions anciennes.

La variole, l'érysipèle, les fièvres intermittentes, les phlegmasies thoraciques, la scarlatine même, par un fait rapporté en 1844 dans *London medical gazette,* avaient été de même indiquées comme pouvant donner lieu à des paralysies secondaires. Mais ces faits disséminés dans l'histoire frappaient successivement l'attention des médecins, sans donner à aucun d'eux l'idée de les rapprocher. Chaque fait pris à part était étudié séparément, et personne ne s'était demandé si ces complications n'étaient pas plus fréquentes qu'elles ne le paraissaient à première vue, et si elles ne devaient pas être rapportées à une cause unique et indépendante de la maladie primitive.

Chose bizarre d'ailleurs : dans le tableau des maladies qui peuvent laisser après elles ces paralysies, il y avait une lacune qui était inaperçue de tous. Personne ne pensait avoir vu de paralysie à la suite de la diphthérie, et cependant les faits qui se sont accumulés depuis quelques années ont bien prouvé combien ces paralysies sont fréquentes. Je ne pourrais donner une meilleure preuve de cette étrange difficulté que l'on éprouve parfois à voir ce qui devrait le plus frapper les yeux que mon propre exemple :

En 1854, je fus atteint d'une angine diphthéritique, et, à la suite, d'une paralysie générale qui dura plusieurs mois. Déjà attaché

aux hôpitaux, je consultai plusieurs de nos maîtres, et aucun d'eux ne reconnut de paralysie dans les symptômes très-accusés que j'éprouvais.

Et cependant si l'on recherche dans les auteurs, on trouve que cette paralysie avait déjà été rencontrée. Ainsi Chomel l'ancien, en 1749, à la suite d'une dissertation sur l'angine gangréneuse, avait noté tous les symptômes de la paralysie du voile du palais. Ghisi (1749) avait constaté les mêmes accidents. Le Dr Gunnier de Vouvray (1827), aux symptômes précédents ajoutait ceux d'une amaurose ; enfin, pour ne citer que les faits les plus remarquables, le Dr Orillard, de Poitiers, en 1836, avait déjà donné une description complète de tous les accidents paralytiques qui surviennent à la suite de la diphthérite. Du reste, ainsi que vient de le prouver M. Littré, pour des esprits qui auraient été en éveil, il n'y aurait pas eu besoin d'attendre aussi longtemps, et l'histoire de la paralysie diphthéritique, portant sur le voile du palais et même sur les membres, se trouvait tout au moins indiquée dans Hippocrate ; mais les noms n'y étaient pas, et on avait laissé échapper le fait comme on laissa passer inaperçues les diverses observations que nous avons citées plus haut. Le mémoire de M. Orillard, si complet et si précis, resta enfoui dans les cartons d'une société savante, et l'on attribuait à de la faiblesse simple ou à des myélites au début les accidents paralytiques.

Enfin en 1851, M. Trousseau, en face des troubles de la déglutition et de la phonation à la suite de diphthérite, signalait le premier une relation de cause à effet entre les deux phénomènes morbides, et, plus tard, poursuivant et généralisant ses recherches, créait le nom de paralysie diphthéritique. L'élan était donné : les faits confirmatifs abondèrent. Comme il arrive souvent, chacun s'étonna que ce symptôme si fréquent eût jusqu'alors échappé à l'attention des observateurs. En remontant dans leurs souvenirs, les médecins retrouvaient des faits dont ils n'avaient pu se rendre compte, et dont la paralysie leur donnait une explication toute naturelle. Les études, les mémoires sur ce sujet devinrent nombreux. Un des premiers, et, sans

contredit, le plus complet, est le mémoire de M. Manigault (couronné par l'Institut), dans lequel on trouve avec tous les détails désirables l'histoire de la paralysie diphthéritique. Mais alors se produisit une réaction en sens inverse au sujet de l'accident naguère méconnu. La paralysie, suite de la diphthérite, avait passé inaperçue : du jour où elle fut découverte, elle prit tout de suite une importance extrême : ce ne fut plus une simple paralysie comme celle qui se produit à la suite de la variole où de la fièvre typhoïde, elle dut en être complétement distinguée; elle devint un des symptômes, une des phases caractéristiques de la diphthérite, un phénomène *sui generis* comme la production de la fausse membrane elle-même. Cette prétention est-elle légitime? Faut-il en faire une classe à part, ou bien les paralysies secondaires peuvent-elles être toutes étudiées et réunies dans un seul groupe? C'est ce que je me propose de discuter.

Quand j'ai entrepris cette thèse, je n'avais, je l'avoue, aucune idée arrêtée sur le sujet que je vais examiner en ce moment. C'est seulement en relisant les faits et en les comparant les uns aux autres que je me suis formé une opinion. Je commencerai donc par citer quelques exemples ; j'essaierai ensuite d'en tirer l'histoire de la paralysie secondaire, telle qu'elle me paraît pouvoir être faite aujourd'hui.

Fièvre typhoïde; paralysie du voile du palais; amaurose, presbytie; otorrhée; paralysie faciale. — Auguste G....., 16 ans, garçon marchand de vins, entré le 24 septembre 1859.

Ce jeune garçon, qui était d'une faible constitution avant le développement de sa maladie, a été traité pour une fièvre typhoïde grave, à forme adynamique, dont la convalescence s'est établie difficilement vers le commencement de novembre. Quelques jours après la cessation de la fièvre, on remarqua que sa voix devenait nasonnée. On pouvait se demander si le nasonnement tenait à l'oblitération des fosses nasales, à l'orifice desquelles se voient encore des croûtes fuligineuses; mais, bien qu'elles ne fussent pas complétement libres, il fut facile de constater qu'elles étaient perméables à l'air expiré pendant l'occlusion de la

bouche. Le nasonnement devait donc tenir à la paralysie du voile; cependant celui-ci se contractait manifestement, bien que d'une manière fort peu énergique, pendant la déglutition et la phonation. Quelques jours après l'apparition de cette paralysie, notre malade, habitué à lire dans son lit pour se distraire, se plaignit de ne plus y voir nettement; il était obligé de porter son livre plus loin de ses yeux, pour en distinguer les caractères; ses pupilles étaient dilatées. Tandis que ces phénomènes persistaient, il survint des douleurs dans les oreilles, et l'oreille gauche livra passage à un écoulement, d'abord assez abondant, qui dura environ une quinzaine de jours. Bientôt on remarqua une notable déviation dans les traits du malade; la bouche était entraînée à droite, et la joue gauche était plus flasque.

Le 13 décembre, quelques-uns de ces phénomènes subsistent encore; le nasonnement est toujours très-prononcé, bien que les fosses nasales ne soient pas oblitérées, et que le voile jouisse d'un certain degré de contractilité; les pupilles sont encore dilatées, mais moins largement, et la vue est meilleure; l'otorrhée n'existe plus, et la figure est revenue à son état naturel. Le malade n'a pas encore pu se lever et se tenir sur ses jambes, mais cela dépend d'un amaigrissement extraordinaire, surtout des membres inférieurs; c'est à peine s'il lui reste autour des tibias quelques vestiges de plans musculaires; il est encore sujet à des mouvements fébriles. Du reste, il a beaucoup grandi depuis qu'il est à l'hôpital; les vêtements qu'il portait à son entrée sont aujourd'hui ridiculement courts, et ses membres inférieurs présentent, à diverses hauteurs, des sortes de vergetures transversales, véritables éraillures du derme, qui a dû céder par places, à cause de l'allongement trop rapide des membres.

Fièvre typhoïde grave; convalescence après un mois. Trois semaines après, hallucinations; paralysie des membres. — B....., âgé de 16 ans, entre à l'hôpital le 25 février 1859, pour y être traité d'une fièvre typhoïde grave. Le 25 mars, il est en pleine convalescence, se lève et va seul dans la salle.

Vingt jours se passent sans qu'il lui survienne rien de nouveau du côté de la motricité; seulement il était réduit à une maigreur pour ainsi dire squelettique, et l'on s'étonnait que des membres si grêles pussent le porter. Mais un matin, la religieuse de la salle déclara qu'il ne pouvait plus se lever, par suite de la faiblesse excessive et subite qui était venue s'ajouter aux douleurs déjà existantes. En effet, l'ayant fait sortir du lit, on put s'assurer que ses membres inférieurs, tremblants, agités de contractions fibrillaires, étaient incapables de soutenir le poids du corps. L'irritabilité musculaire, interrogée par la percussion digitale, était très-développée. La faiblesse des mains n'était pas moins grande, et ne per-

mettait plus au malade de porter un objet un peu lourd. Parfois la difficulté de la préhension était encore augmentée par une roideur marquée des doigts, par un commencement de contracture.

Ces phénomènes avaient été précédés de désordres de la sensibilité et surtout de l'intelligence; ces derniers consistaient en une sorte de folie lypémaniaque, qui lui faisait craindre sans cesse les événements les plus fâcheux.

Tantôt quelqu'un de ses parents venait de mourir, et il le pleurait à chaudes larmes; tantôt on l'accusait d'un vol dont il était parfaitement innocent, et il se révoltait contre l'injustice des hommes. La nuit, il lui semblait même entendre des voix qui l'interpellaient, ou voir des êtres effrayants, et le lendemain matin nous le trouvions encore inquiet, avec l'air égaré ou farouche. Dans d'autres moments, son esprit était moins agité, et le pauvre garçon tombait dans une mélancolie plus douce, ayant ordinairement le caractère de la nostalgie; il brûlait du désir de revoir son père, sa sœur, les Ardennes, sa ville. A voir ses sourcils froncés et ses traits contractés, on l'aurait dit en proie à la douleur la plus violente. Ses demandes avaient toujours la forme de supplications. A chaque instant, il versait des pleurs et paraissait sur le point d'éclater en sanglots. Durant cette période, il offrait souvent un singulier embarras dans la parole, assez semblable à celui de la paralysie générale. Il existait en même temps de la surdité, ainsi qu'une remarquable dilatation des pupilles et une notable diminution dans la faculté visuelle.

Un jour son affliction était au comble, parce qu'il ne parvenait pas à déchiffrer une lettre paternelle impatiemment attendue.

Cet état s'accompagnait d'oscillations étendues dans la force et la fréquence du pouls, plus que dans les degrés de la température du corps; par instants on notait un léger mouvement fébrile : aussi l'appétit, auparavant presque glouton, s'était-il sensiblement modéré. Cependant B..... continua de recevoir une alimentation substantielle, du vin de Bordeaux et des préparations de quinquina. Plusieurs jours s'écoulèrent sans amélioration sensible, puis les accidents cérébraux commencèrent à céder et se dissipèrent les premiers assez rapidement; mais les forces furent lentes à revenir, et l'émaciation persista longtemps.

Enfin B....., toujours faible, mais un peu restauré, pouvant se promener dans les salles et le jardin, et jouissant de sa raison, tout en conservant une légère hébétude, est dirigé sur l'hospice de Vincennes pour y achever sa convalescence (20 mai 1859).

Paralysie générale, suite de rougeole. — Un enfant de 2 ans, affaibli par une diarrhée abondante, est pris d'une rougeole d'intensité médiocre, avec une toux assez forte et fréquente pendant une semaine environ. Au commencement de la convalescence, on remarque une faiblesse considérable, qui fait en peu de jours des progrès effrayants; les membres inférieurs s'affaissent sous le poids du corps, les mains ne peuvent retenir les objets, et les bras tombent le long du corps sans force et sans mouvement. L'enfant ne peut soutenir sa tête par suite de la paralysie des muscles du cou; la mastication et la déglutition sont difficiles; la peau des membres paraît insensible à la piqûre et au pincement. Ni tremblements, ni contracture, ni convulsions; miction et défécation naturelles; apathie et tristesse profondes de l'enfant. Le traitement consiste en sirop d'iodure de fer, vin de quinquina au malaga, frictions excitantes, bains toniques, alimentation substantielle. La guérison est complète trois semaines après le début des symptômes paralytiques.

Paralysie des organes des sens, suite de scarlatine. — Une jeune fille de 9 ans, d'une bonne constitution, fut prise, au moment où elle entrait en convalescence, d'une scarlatine peu intense et sans cause connue, de dureté de l'ouïe; puis, peu à peu, elle devint aveugle, ou du moins elle ne parvint à voir que très-imparfaitement. Bientôt elle perdit la sensation du goût et enfin celle des odeurs; le sens du toucher et le mouvement seuls restèrent intacts. Cet état persista malgré tous les moyens mis en usage par les médecins les plus renommés. Médicaments de toutes sortes, bains, sinapismes, vésicatoires, moxas, magnétisme, rien n'avait réussi, lorsque la malade fut mise à l'usage des préparations de fer et d'un peu de bon vin. L'effet de ce nouveau traitement fut tel, qu'au bout de trois semaines elle se trouvait en état parfait de santé.

Femme vaccinée atteinte de variole confluente. Dans la période de desquamation, paralysie subite et complète du mouvement et du sentiment des membres inférieurs, puis de la vessie, du rectum et du bras gauche; vives douleurs rachialgiques, accès de suffocation. Mort onze jours après le début de la paralysie. Autopsie : aucune trace de lésion des centres nerveux. — P....., âgée de 23 ans, entre, le 15 janvier 1854, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 10, service de M. Trousseau.

Vers le 18 décembre, céphalalgie, lassitude, courbature, sensation de froid.

Le 24, frisson qui la force à prendre le lit.

Le 25, céphalalgie très-intense, face animée, fièvre vive; 120 pulsations.

Le 28, papules rosées; l'éruption variolique, très-abondante, suit son cours normal.

6 janvier, la convalescence est confirmée; la femme P..... mange et s'est déjà levée deux fois.

Le 8. Paralysie complète du mouvement et de la sensibilité dans les membres

abdominaux, ainsi que des parois abdominales jusqu'aux deux seins, et du bras gauche jusqu'à la partie moyenne de l'humérus; rétention d'urine; respiration très-fréquente et très-anxieuse.

Le 16. Respiration extrêmement fréquente, orthopnée, douleurs vives à la pression le long de l'épine dorsale; douleurs spontanées, lancinantes, dans la région cervicale; paralysie presque complète du mouvement, insensibilité absolue du bras gauche; le bras droit, auparavant un peu atteint, a repris ses fonctions; anesthésie du tronc, siégeant principalement du côté gauche et remontant jusqu'au niveau du mamelon; paralysie complète du mouvement et du sentiment dans les deux membres inférieurs; rétention d'urine, incontinence des matières fécales.

Le 18, après un peu de mieux, retour de la suffocation; mort.

Autopsie. Sauf une augmentation douteuse de l'injection cérébrale, ni les enveloppes ni le tissu des centres nerveux n'offrent la plus légère altération.

Variole discrète. Au moment de la dessiccation, paralysie du voile du palais; puis paraplégie; enfin, paralysie des membres inférieurs. Guérison. — Garçon de 25 ans, bien portant, vacciné, pris de variole discrète, entré à l'hôpital Lariboisière, au nº 13 de la salle Saint-Henri (1859).

Vers l'époque de la dessiccation, nasonnement, retour des boissons par le nez; le voile du palais flotte comme une masse flasque et inerte (le malade n'avait pas eu d'angine notable pendant sa variole ni au début); bientôt douleurs vives et crampoïdes dans le triceps fémoral gauche, passant au bout de quelques jours au même muscle, à droite. Ces douleurs sont suivies d'une paraplégie presque complète; marche tout à fait impossible.

Plus de quinze jours se passent sans extension de la paralysie, mais alors les deux bras s'affaiblissent simultanément, impuissance de soulever un poids léger et de serrer les objets; abattement, tristesse profonde. — Traitement analogue au précédent (1).

Retour graduel des mouvements du voile du palais, des membres inférieurs, puis des supérieurs. Le malade a mis deux mois et plus à reprendre l'usage de toutes ces parties; il est sorti très-valide.

Érysipèle de la face; causé par un refroidissement; éruption d'herpes labialis, le cinquième jour; commencement de paralysie généralisée dans la convalescence; traitement tonique. Guérison rapide. (Observation recueillie par M. J. Brongniart, interne du service. Hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, nº 20, service de M. Gubler.) —

(1) Frictions stimulantes, quinquina, café, bains sulfureux, etc.

T..... (François), âgé de 40 ans, garçon restaurateur, demeurant aux Ternes, entré le 26 octobre 1859, sorti guéri le 16 novembre 1859.

Le samedi soir, 22 octobre, ayant travaillé toute la soirée à des nettoyages, nécessités par la fin de la semaine, T..... étant en sueur, reçut de son patron l'ordre de fermer les contrevents du restaurant. Il pleuvait, la température était assez basse, et aussitôt qu'il fut resté quelques minutes dehors, T..... sentit qu'il se refroidissait. Rentré dans sa chambre, il eut beaucoup de peine à se réchauffer; il eut du frisson une partie de la nuit, dormit mal; le lendemain, il se réveilla avec du malaise et de la courbature; eut toute la journée de l'inappétence, une céphalalgie violente, et néanmoins dut travailler toute la journée, à cause de l'affluence attirée par le dimanche au restaurant. La nuit fut agitée, il eut de la fièvre. Le lundi, il voulut se lever, mais il fut forcé de se recoucher. L'érysipèle débuta, dans la journée, par le nez; le mardi, il s'étendit à une partie de la face.

Mercredi 26 octobre, jour de l'entrée, la face presque entière est envahie, le cuir chevelu n'est pas encore pris, et l'érysipèle se termine par un bord saillant, à environ 2 centimètres avant la naissance des cheveux.

Le jeudi 27. Face très-tuméfiée, rouge; les yeux presque complétement fermés, les paupières œdémateuses; on voit sur le front quelques phlyctènes; la rougeur s'étend jusqu'à la racine des cheveux, mais ne gagne pas encore le cuir chevelu. L'appétit est nul, la langue blanche, peau chaude, pouls à 104. Malgré le siége de l'affection et l'intensité de la lésion anatomique, M. Gubler porte un pronostic favorable, en prenant en considération que la maladie a été évidemment causée par le froid. — Compresses trempées dans l'eau de sureau; bouillons, limonades, 2 pots.

Les urines, examinées après la visite, donnent par l'acide nitrique une forte proportion d'acide urique sans albumine ni coloration bleue.

Le vendredi 28. La chaleur n'a pas diminué, la fièvre est toujours vive; l'érysipèle s'est étendu au cuir chevelu, ce dont on s'assure en écartant avec précaution les cheveux, sans tirer sur la peau, qui, dans ce cas, perd sa teinte rouge, et paraît blanche; la céphalalgie est toujours très-vive. — Tartre stibié, 0,05, en lavage dans un pot de limonade tartrique. Le reste *ut supra*.

Le samedi 29. L'émétique en lavage a produit de nombreuses évacuations alvines, sans vomissements. Il y a un peu d'amélioration. Hier, apparition à la lèvre supérieure d'un groupe d'herpès qui s'étend jusqu'à l'aile du nez du côté gauche.

Les jours suivants, l'amélioration continue; la rougeur et la tuméfaction

disparaissent; il reste de nombreuses écailles épidermiques, qui se desquament peu à peu. Le malade mange une portion, puis deux portions.

Le mercredi, 2 novembre, le malade se lève un peu.

Le jeudi 3 et le vendredi 4, l'amélioration continue; le malade mange avec appétit, et descend au jardin.

Le dimanche 6. Il se plaint d'une grande faiblesse; M. Gubler était peu disposé à y attacher de l'importance, lui disant qu'il ne devait pas s'étonner d'être faible après une diète et un séjour au lit prolongés; mais T..... lui fit observer que, lorsqu'il s'est levé pour la première fois, sa faiblesse était moins grande qu'actuellement; que jeudi et vendredi il a pu marcher et descendre au jardin, tandis qu'hier, samedi, à peine descendu, il s'est senti si fatigué, qu'il a voulu remonter, ce qui lui a été très-difficile à cause de la faiblesse de ses jambes. L'ayant fait lever et marcher devant nous, nous constatons qu'en effet sa marche n'est pas assurée; que lorsqu'il veut rester immobile dans la station verticale, il est obligé d'écarter ses pieds l'un de l'autre, de manière à élargir la base de sustentation; et néanmoins, malgré cette précaution, on observe dans ses extrémités inférieures de nombreuses contractions fibrillaires; le corps tout entier est vacillant, et il semble qu'il va tomber soit en avant soit en arrière, dans un de ses mouvements d'oscillation, surtout quand il lève les yeux au ciel; pour se mieux tenir, il est obligé de tenir ses regards fixés à ses pieds. Le système musculaire de cet homme est peu développé; ses pieds sont plats, mal conformés; aussi, pour nous mettre à l'abri de toute cause d'erreur, nous lui demandons s'il n'était pas déjà faible, s'il pouvait rester longtemps debout sans fatigue. Il répond qu'il a toujours été fort malgré sa maigreur, que sa profession le force à rester debout presque toute la journée, et qu'il peut le faire sans une fatigue excessive.

Le malade recouché, on constate que, sous l'influence de la percussion digitale, ses muscles se contractent énergiquement; chaque fibre frappée répond isolément à l'excitation. En traçant avec l'ongle des lignes sur la poitrine du malade, on voit succéder à cette excitation le phénomène connu sous le nom de *chair de poule*. La parole semble un peu lente et embarrassée, l'intelligence parfaitement nette.

Vin de quinquina, 60 gr.; vin de Bordeaux, 100 gr.; frictions; huile de camomille camphrée sur les jambes.

Les jours suivants, les mêmes symptômes sont constatés à plusieurs reprises. Le malade se dit un peu plus fort; cependant il peut à peine se tenir debout; il désire vivement quitter l'hôpital et parle tous les jours de reprendre son travail, quoiqu'il soit encore évidemment trop faible pour le faire.

Le dimanche 13. M. Gubler lui ordonne un bain sulfureux, et continue les toniques. — 3 portions.

Le lundi 14. Le bain sulfureux a produit, au dire de T....., un effet merveilleux, ses forces seraient complément revenues et il serait aussi fort qu'avant sa maladie; mais ces exagérations ont manifestement pour but d'obtenir sa sortie de l'hôpital, car il craint de perdre sa place. On le fait patienter jusqu'au mercredi, en lui promettant un second bain sulfureux.

Le mardi 15. Second bain sulfureux. Les forces paraissent décidément bien revenues ; car le mercredi 16, jour de sa sortie, nous nous assurons que notre malade se tient très-ferme sur ses jambes, les pieds rapprochés l'un de l'autre ; il ne vacille plus, ses membres ne sont plus agités de contractions fibrillaires, la marche est facile, sans hésitation aucune.

Paralysie générale du mouvement, suite de pneumonie. — Jean M....., 49 ans, tempérament nerveux, constitution faible; mal logé, mal nourri Pneumonie de la base droite. (2 saignées, émétique à haute dose, large vésicatoire.) Résolution : convalescence prompte et franche; cependant la plaie du vésicatoire continue toujours à suppurer avec abondance; elle est couverte d'une exsudation blanche; en même temps, grande lassitude dans les jambes, fourmillements à la plante des pieds et dans la paume des mains. Les jours suivants, extension progressive de la plaie du vésicatoire; la faiblesse et les fourmillements augmentent et envahissent les membres pelviens jusqu'aux aines, les supérieurs jusqu'aux épaules. Deux mois et demi après la guérison de la pneumonie, paraplégie complète ; les bras, quoique faibles, obéissent toujours, mais mollement, à la volonté; sensibilité conservée. Cette amyosthénie complète dure un mois environ; puis, une certaine nuit, sensation de froid dans les jambes, et, le matin, le sujet commence à remuer un tant soit peu les pieds. Amélioration graduelle; au bout de quinze jours, la marche est possible; bientôt retour complet de l'usage des membres. Les fourmillements persistent un mois après la guérison de la paralysie.

Hôpital Lariboisière (1857), salle Saint-Henri, n° 15, service de M. Pidoux. — *Pneumonie à gauche, convalescence ; paralysie du moteur oculaire commun du même côté, puis de la langue et du pharynx ; enfin paralysie des membres supérieurs et inférieurs. Guérison.* — Homme de 52 ans, pris d'une pneumonie à gauche, de bas en haut, au second degré partout, dans de mauvaises conditions hygiéniques, misère, etc. — Ventouses scarifiées, vésicatoires; un peu de kermès et de kina ensemble.

Convalescence vers le onzième jour. A dater de cette époque, mydriase

gauche, chute de la paupière supérieure; quelques jours après, paralysie de la langue et du pharynx.

Affaiblissement marqué de l'innervation glosso-pharyngienne (rien qui puisse faire soupçonner l'existence de quelque exostose intra-crânienne ou de quelque production fibro-plastique de nature vénérienne vers la base du cerveau).

Bientôt engourdissement des doigts, difficulté d'exécuter les petits mouvements et de serrer les objets. Huit jours après l'invasion de ce dernier symptôme, pâleur et refroidissement des pieds, insensibilité de la plante, marche difficile, titubation; conservation de la contractilité des cavités splanchniques du bassin. — Frictions très-stimulantes, mélange d'alcool, de noix vomique et de liniment volatil camphré; bains sulfureux, quinquina, aloès, etc.; bonne alimentation, café.

Diminution des paralysies dans l'ordre de leur évolution. Retour complet à la santé et aux forces cinq à six semaines après le début des accidents spéciaux de la convalescence.

Pneumie double; une saignée, tartre stibié, térébenthine à l'intérieur, vésicatoire; après la convalescence, paralysie des quatre membres. — G..... entre à l'hôpital pour une pneumonie double, qui le fait rester dans les salles depuis le 14 janvier 1858 jusqu'au 20 février. Au moment de sa sortie il avait retrouvé toutes ses forces; il reprit immédiatement ses travaux, et recouvra une partie de l'embonpoint qu'il avait perdu pendant sa dernière maladie.

Le 5 mars, sans avoir fait aucune chute ni reçu aucun coup, il commence à éprouver un peu de douleur de gorge, sans malaise intense, et de l'affaiblissement des membres inférieurs; constipation, absence de vomissements ou de diarrhée.

G..... rentre le 9 mars à l'Hôtel-Dieu.

Du 9 mars au 1er avril 1858, G...... ne présente qu'un peu d'affaiblissement des membres inférieurs avec quelques fourmillements dans les pieds; aucune douleur sur le trajet du rachis. Le mal de gorge, qui ne s'accompagnait d'aucune rougeur ou tache diphthéritique de l'arrière-gorge, a disparu le lendemain de l'entrée à l'Hôtel-Dieu.

Du 3 au 10 avril, traitement par la strychnine à l'intérieur, à dose progressive de 0 gr. 005 à 0 gr. 02. G..... ne ressent aucun mouvement tétanique; mais, pendant ce temps, l'affaiblissement des jambes augmente, il s'y joint un peu de faiblesse des mains. Cependant le malade parvient à manger seul; il ne peut plus quitter son lit.

Le 12. La paralysie a augmenté considérablement depuis deux jours. G..... ne

peut plus s'asseoir seul dans son lit; les membres inférieurs sont privés de tout mouvement, les mains ne peuvent saisir le gobelet; difficulté des mouvements des épaules, gêne dans les mouvements respiratoires; appétit; absence complète de fièvre, un peu de douleur dans le trajet du rachis, sensibilité conservée. — 5 sangsues sur le rachis.

Le 15. Augmentation de la paralysie aux membres supéreurs, quelques mouvements incomplets de pronation et de supination sont seuls possibles aux deux bras; impossibilité d'élever les avant-bras ou les épaules. Paralysie absolue des membres inférieurs, analgésie de la face externe des membres supérieurs et inférieurs, sans anesthésie; fourmillements dans les quatre membres, dont les muscles semblent amaigris; contractilité de la vessie normale; absence de selles. Intelligence intacte. — 1 gramme de phosphate de chaux; deux pilules d'iodure de fer de 0,15 chaque; 2 portions d'aliments, 2 vins.

L'état de G..... demeure stationnaire pendant tout le mois d'avril; on est obligé de le faire manger et de le placer sur une chaise, comme une masse inerte, pour accomplir les besoins de la défécation. La déglutition se fait toujours normalement; aucune altération de la voix.

Au commencement de mai, les mouvements reparaissent dans les membres supérieurs.

Le 8 mai. G..... porte ses deux mains à sa tête en les enlevant brusquement; douleurs dans les bras, une pression médiocre y semble même douloureuse G..... s'asseoit en s'aidant très-peu des coudes; les fourmillements plus intenses dans les deux jambes, avec sensation de froid. Aucune douleur de tête ou sur le trajet du rachis.

Le 10, G..... commence à tenir sa cuiller; les mouvements deviennent simultanément assez étendus dans les jambes.

Le 13, le malade pouvait faire, avec le secours d'une personne, le tour de la salle.

Le 27, il marchait seul, sans appui.

Le 21, il descendait et montait seul deux étages.

Le 23, G..... quittait l'Hôtel-Dieu. Plusieurs mois après sa sortie, il n'avait éprouvé aucun nouvel affaiblissement et avait repris ses travaux.

Paralysie générale progressive à la suite d'une bronchite aiguë intense traitée par des sangsues, des saignées et des vésicatoires; guérison. — M. G....., négociant, âgé de 40 ans, d'un tempérament lymphatique, mais bien musclé et ayant l'apparence de la force, est pris d'une oppression subite pendant une nuit de décembre 1850. M. le Dr Devilliers, appelé le lendemain, constate l'exis-

tence d'une bronchite qui prend un caractère très-aigu et s'étend dans les bronches du plus petit calibre en s'accompagnant d'une vive réaction; outre les moyens usités en pareil cas, il prescrit une application de sangsues dans l'anus. La dyspnée persistant les jours suivants, on pratique plusieurs saignées du bras; puis une série de vésicatoires volants, appliqués sur différentes régions du thorax, complète le traitement. La durée de la bronchite fut de six semaines à deux mois. Les vésicatoires avaient causé de grandes douleurs au malade en s'ulcérant et se couvrant d'une couche grisâtre que l'on ne songea jamais à attribuer à la diphthérie. Dès le début de ces ulcérations, le malade entra dans un état d'agacement auquel il n'avait pas été sujet jusque-là et qui devint persistant. Quand la bronchite eut disparu, et que M. G....., en pleine convalescence, commença à manger, il éprouva une douleur singulière de la langue et du pharynx, comparable à la sensation produite par une brûlure; en même temps, la langue percevait moins bien les saveurs, mais la déglutition restait libre.

Peu après la vue s'affaiblit, et il survint du strabisme; puis des douleurs de tête superficielles, qu'on pouvait rapporter au cuir chevelu ou à l'aponévrose épicrânienne. Ces douleurs firent place à une hyperesthésie des bras et des mains tellement excessive qu'au moindre contact le malade poussait des cris. Il existait en même temps une paralysie du toucher, et quand M. G..... cherchait à prendre son mouchoir dans sa poche, il ne savait pas s'il l'avait réellement saisi avant que la vue l'en avertît. Bientôt il fut affecté de surdité, puis d'engourdissements et de fourmillements très-fatigants et très-pénibles dans les quatre extrémités; il y avait également de la faiblesse, et la marche devint très-difficile.

M. Devilliers, croyant à une affection de la moelle épinière, opinion que je partageais alors, appliqua des cautères le long du rachis. M. le professeur Jules Cloquet, consulté ensuite sur cette complication, diagnostiqua une affection rhumatismale de la moelle.

On était alors arrivé vers le commencement d'avril; M. G...... allait partir pour la campagne, dans l'espoir que le changement d'air amènerait une amélioration dans son état; mais, inquiet du peu de succès de la médecine rationnelle et impatient de guérir, il voulut auparavant consulter un homœopathe, M. Pétroz; il ne le trouva pas, et se mit en route le soir même. Huit jours après, il revenait presque guéri. Toutefois il ne recouvra tout à fait la santé qu'à la fin de mai 1851.

Pleurésie; vésicatoires; phlegmon érysipélateux. Paraplégie dans la convalescence. — Le fils d'un de mes amis, âgé de 14 ans, fut atteint de pleurésie sèche, caractérisée par des frottements pulmonaires, un point douloureux à droite, sans souffle.

Le pouls était à 100 pulsations. Sa mère étant morte tuberculeuse, je redoutais pour lui les affections de poitrine. Trois vésicatoires furent successivement appliqués sur des points différents de la poitrine; un phlegmon survint après le dernier, et prit bientôt le caractère érysipélateux; il occupait tout le côté droit de la poitrine en avant, et occasionna un décollement considérable de la peau. La vie du petit malade fut un moment très-sérieusement menacée; la suppuration fut épuisante, et le travail de réparation long et difficile. A l'issue de ces complications, le sujet se trouvait profondément débilité; une nourriture substantielle et du vin de Bordeaux ranimèrent ses forces. Aussitôt qu'il fut en état de partir, je le fis emmener à la campagne. Au bout de quelque temps, le père effrayé me consulta; son fils marchait en fauchant, il tombait continuellement par terre; ses pieds s'accrochaient à tout ce qu'ils rencontraient. L'enfant fut mis aussitôt au régime des ferrugineux et des toniques; ses jambes ne tardèrent pas à reprendre la force et la précision de leurs mouvements; et aujourd'hui (novembre 1859), rentré au collége, il se livre avec succès aux exercices gymnastiques.

Angine phlegmoneuse, paralysie consécutive du voile du palais et des membres. — Un jeune homme de 17 ans, très-vigoureux et d'une bonne santé, à la suite d'une longue course, entre, avec plusieurs de ses amis, dans un café et se fait servir une boisson à la glace. Immédiatement après l'ingestion du liquide, il se sent indisposé et rentre chez lui. Pendant vingt-quatre heures, le malaise continue, et le deuxième jour apparaît une amygdalite double avec fièvre intense, céphalalgie et prostration. Cette amygdalite augmente rapidement et prend tous les caractères de l'angine phlegmoneuse, de l'esquinancie type des auteurs anciens. A cette époque, M. Verneuil, ami de la famille, vit le malade; il annonça que du pus se formerait dans l'amygdale gauche, et son pronostic se vérifia quelques jours après. De fausses membranes, il n'y en eut pas traces, M. Verneuil l'a constaté, et le médecin habituel, M. Drasch, qui a suivi le malade de près, affirme qu'il ne s'en est pas développé. L'abcès fut ouvert une première fois, et une grande quantité de pus s'écoula. Une deuxième ouverture fut nécessaire, la première incision s'étant refermée trop vite, puis le gonflement et les symptômes généraux diminuèrent, et le malade se crut en convalescence.

Le jeune homme, ainsi que nous l'avons dit, était fort et vigoureux, rien dans le traitement ne pouvait l'avoir débilité outre mesure, cependant il se trouva d'une faiblesse extrême. On l'envoya à la campagne; mais, au bout de quelque temps, la faiblesse, au lieu de disparaître, avait augmenté : bientôt il éprouva de la gêne pour articuler les sons; il se mit à nasiller; il avalait avec peine les ali-

ments et surtout les liquides, qui ressortaient par le nez : en un mot, il avait une paralysie du voile du palais. Cette paralysie s'étendit bientôt aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs, et portait à la fois sur la sensibilité et la motilité. Elle dura deux mois, et disparut à la suite d'un traitement tonique et de plusieurs applications d'électricité.

DESCRIPTION.

Les paralysies consécutives débutent à des époques variables : tantôt elles semblent faire suite à divers accidents nerveux qui se sont manifestés dans le cours de la maladie aiguë, tantôt elles apparaissent au milieu même de cette maladie, tantôt elles ne se produisent que plusieurs jours ou plusieurs semaines après la disparition de tout accident aigu et alors que le malade paraissait entré en pleine convalescence.

Leur mode d'invasion est aussi variable.

Dans les angines, diphthéritiques ou autres, elles envahissent de préférence, au début, le voile du palais et ses annexes : ce qui a fait admettre avec raison, je crois, qu'il y avait quelque connexion entre cette paralysie et l'élément inflammatoire, connexion partielle sans doute, qui ne rend pas compte de tous les phénomènes, mais qu'on ne doit pas négliger.

Pour les autres affections, les observations sont moins nombreuses, mais si les faits qu'on trouvera désormais, se rapportaient à ceux que l'on connaît déjà, il faudrait admettre que c'est en général, par les membres inférieurs que débute la paralysie. Du reste, quel qu'ait été ce début, la suite des phénomènes morbides est toujours la même dans tous les cas : ainsi, la paralysie peut se borner à la région qu'elle a primitivement envahie ; elle dure quelques jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais ainsi limitée, elle n'entraîne pas d'autres désordres que ceux qui sont liés à la gêne ou à la perte des fonctions de la partie paralysée ; elle peut au contraire s'étendre, gagner les membres inférieurs, puis les supérieurs, et enfin le tronc,

le cou, et les organes abdominaux. Mais ce n'est pas de proche en proche qu'elle envahit ou disparaît, comme il arrive pour la paralysie qui est liée à des lésions centrales ; elle ne tient aucun compte des rapports anatomiques : ainsi un malade a une paralysie du voile du palais, et huit jours après il est paralysé des jambes, tandis que les bras, le tronc, l'abdomen, ont conservé intactes leurs fonctions. A la suite d'une pneumonie, nous voyons, à quelques jours de distance, la paralysie atteindre un œil, le pharynx, les membres supérieurs et inférieurs, tandis que les points intermédiaires, la face, le cou, le tronc, l'abdomen, sont complétement intacts.

Dans une troisième observation, on voit, à la suite d'une variole, la paralysie porter sur le voile du palais, puis, au bout de quelques jours, sur les membres inférieurs, et finir, quinze jours après, par les membres supérieurs.

Une fois établies les paralysies consécutives peuvent porter, soit sur la sensibilité et la mobilité à la fois, soit sur l'une après l'autre, soit seulement sur l'une des deux fonctions.

Les malades éprouvent des fourmillements, des engourdissements, qui s'étendent des extrémités à la racine des membres. Ces fourmillements sont quelquefois accompagnés ou remplacés par une sensation de froid intense qui est plus ou moins étendu et continu ; c'est ainsi que dans une observation de paralysie partielle à la suite d'une pneumonie (observation 4 du mémoire de M. Macario), le malade éprouvait un engourdissement partiel, avec fourmillements et sensations de froid dans le membre supérieur droit. Cet accident dura un an. En même temps que ces sensations étranges, il se manifeste de l'anesthésie et de l'analgésie, soit sur toute la surface du corps, soit en quelques points seulement ; la sensibilité tactile devient obtuse ; les malades n'ont pas conscience de ce qu'ils touchent, ils ne sentent plus le sol avec leurs pieds.

La paralysie du mouvement existe le plus souvent concurremment avec celle de la sensibilité : elle se traduit d'abord par de la faiblesse, que l'on prenait autrefois pour les suites naturelles, soit de

la maladie, soit du traitement employé. Cette faiblesse augmente progressivement; la paralysie débutant le plus ordinairement par les membres inférieurs, les malades commencent par ne plus pouvoir monter ni descendre, puis la marche elle-même s'embarrasse et la station debout devient impossible; les bras et les mains se prennent ensuite : ils n'obéissent plus, pour les fonctions les plus simples, qu'à un effort énergique de la volonté; bientôt même ils s'y refusent, et le malade, étendu et immobile sur son lit, ne peut plus se rendre le moindre service; il faut le faire manger comme un enfant.

La paralysie n'en reste pas là : elle gagne les muscles du cou, du tronc, et l'on a devant soi le hideux tableau que M. Faure a dépeint (1857, 3 février, *Union médicale*), à propos de la diphthérie. J'ai présenté plus haut un pendant à ce tableau, dans l'histoire d'un enfant, observé par Liégard, de Caen, qui fut atteint de paralysie généralisée à la suite de la rougeole.

M. Trousseau a signalé un phénomène spécial à la paralysie consécutive, c'est la mutabilité des accidents. La paralysie qui occupait un membre diminue tout à coup pour se porter dans un autre; les engourdissements disparaissent ou diminuent sur un point, et deviennent très-prononcés dans une autre région. Cette marche toute spéciale aurait dû, dès l'abord, faire rejeter l'idée qu'on acceptait jadis d'une affection du centre nerveux.

Avec des paralysies ainsi étendues, avec l'embarras de la langue et des lèvres, les individus ont parfaitement l'allure des idiots; le plus ordinairement, cependant, l'intelligence reste intacte, mais il y a des exceptions. J'ai cité plus haut l'exemple d'un jeune homme (observ. 2), qui, à la suite de fièvres typhoïdes, fut atteint de paralysie et d'une sorte de délire lypémaniaque; je peux en ajouter un autre parfaitement semblable à la suite de la diphthérie. Un de mes amis, homme distingué et d'une raison très-solide, fut atteint, il y a quelques années, à la suite d'angine couenneuse, d'une paralysie secondaire portant sur les jambes, les mains et le voile du

palais. Cette paralysie, sans être complète, puisque jamais le malade ne fut obligé de garder le lit, dura trois mois, et pendant tout le temps il ressentit des troubles intellectuels parfaitement accusés; il eut même à plusieurs fois des hallucinations. Un jour, rentrant dans sa chambre, il vit, pendant une demi-minute de suite, un homme assis sur son lit; un autre jour, il entendait une voix qui lui apprenait la mort d'un ami, et un instant après il s'imaginait être la cause de cette mort. Cet homme n'avait jamais rien éprouvé de semblable; depuis sept ans il n'a jamais ressenti le moindre trouble intellectuel : le délire passager était donc bien l'effet de la maladie accidentelle.

Mais la paralysie ne se borne pas aux muscles de la vie de relation, elle atteint également les muscles de la vie organique; ainsi nous avons déjà vu la paralysie du voile du palais avec toutes ses conséquences, le nasillement, l'impossibilité d'avaler les aliments et principalement les substances liquides. Pendant longtemps les angines diphthéritiques seules avaient semblé pouvoir produire cet accident ; on a reconnu depuis qu'il survenait après de simples angines et après d'autres affections, la variole, la varioloïde, la fièvre typhoïde. Le diaphragme, la vessie, le rectum, les muscles des organes génitaux, peuvent aussi être atteints, et le sont isolément ou concurremment avec les muscles des autres régions.

Les sens spéciaux, l'odorat, le goût, l'ouïe sont parfois affectés; mais les troubles de la vue se rencontrent le plus communément. Les exemples de cette lésion spéciale sont nombreux et connus et nous n'insisterons pas sur ce point. Il suffit de se reporter aux observations que nous avons citées. Les troubles de la vision sont la myopie, la presbyopie, la diplopie; quelquefois le strabisme, ou, comme phénomène du même ordre, une chute de la paupière. L'examen ophthalmoscopique est venu confirmer ce que l'on devait rationnellement admettre, à savoir : que les altérations locales ne sont pour rien dans les perturbations fonctionnelles. Un moment on s'imagina que l'albuminurie concomitante à la diphthérite était

l'origine de ces accidents visuels ; on a reconnu que c'était une erreur. Pourquoi, d'ailleurs, les muscles de l'œil, intrinsèques ou extrinsèques, ne participeraient-ils pas aux troubles généraux de l'économie?

Tous ces phénomènes, paralysie du voile du palais, paralysie des muscles du tronc, etc., persistent un temps plus ou moins long, mais généralement finissent par céder. La mort, toutefois, peut en être la terminaison ; qu'elle soit le fait d'accidents intercurrents, comme cela s'est vu dans des cas de paralysie du pharynx et de l'œsophage, ou qu'elle survienne par suite de la marche ascendante et continue des accidents. Dans ce dernier cas, la mort arrive lentement, par épuisement progressif, ou elle est exceptionnellement rapide, comme dans le fait remarquable qu'a cité M. Landry.

Quoi qu'il en soit, l'examen microscopique n'a jamais servi qu'à confirmer le diagnostic porté pendant la vie. Toujours on a pu constater l'intégrité parfaite des centres nerveux.

Le traitement des paralysies consécutives est on ne peut plus simple, et n'a jamais donné lieu à la moindre discussion. Ce sont des toniques, une bonne nourriture, la campagne ; c'est, en un mot, le traitement de la convalescence.

Reste maintenant à se poser une dernière question. Cette description que je viens de donner peut-elle s'appliquer à tous les cas, ou faut-il admettre des paralysies spécifiques? La lecture attentive des faits répond, il me semble, à cette question. Quelle que soit la maladie primitive, je ne vois de différence, ni dans le début, ni dans la marche, ni dans les symptômes, ni, moins encore, si c'est possible, dans le traitement. Et cependant plusieurs de nos maîtres, des observateurs pleins de talent et de sagacité, ont établi des distinctions dans les paralysies. Je ne recommencerai pas une discussion dans laquelle je n'aurais pas d'arguments nouveaux à apporter ; j'essaierai seulement d'expliquer comment a pu s'établir une opinion qui est, selon moi, une erreur.

La paralysie diphthéritique, une fois signalée, frappa natu-

rellement tous les observateurs, qui se mirent avec ardeur à la rechercher ; mais l'incurie, naguère régnante à ce sujet, n'en persistait pas moins à propos de toutes les autres maladies : de là une disproportion énorme comme nombre entre les diverses observations de paralysies consécutives ; par suite même une absence presque totale de points de comparaison, et ainsi l'on donna comme symptômes pathognomoniques de la paralysie déphthéritique, des symptômes que l'on devait retrouver plus tard à la suite d'autres affections. Je citerai comme exemples : l'époque du début, dont on faisait un caractère spécial ; la paralysie du voile du palais, la marche soi-disant si bien réglée et si uniforme des accidents.

Aucun de ces caractères n'est absolument vrai. La paralysie diphthéritique peut survenir beaucoup plus tôt qu'on ne l'avait d'abord cru, et du reste après d'autres affections aussi bien qu'après la diphthérie, la paralysie peut être tardive.

La paralysie du voile du palais n'est nullement spéciale à la diphtérie : elle s'est rencontrée à la suite d'angines simples et d'autres maladies.

Enfin la marche des accidents est bien souvent irrégulière.

On s'est rejeté, il est vrai, sur la rareté des faits exceptionnels ; cet argument perd chaque jour de sa valeur, puisque, avec l'observation attentive, chaque jour les exceptions deviennent plus nombreuses. Ensuite qu'importe le nombre des faits? n'ont-ils donc pas en eux-mêmes une valeur intrinsèque et absolue? En sommes-nous encore à cette erreur d'un moment, de faire de la science avec des chiffres? Pour moi il m'a semblé que ces faits de paralysie pneumonique rapportés par M. Leudet, de paralysie suivie d'angine simple dans le cas de M. Verneuil, pour être isolés, n'en avaient pas moins de valeur, et puisque je les trouvais identiques, dans leur évolution, aux exemples de paralysie diphthéritique, c'est qu'il n'y a pas de paralysie diphthéritique, c'est qu'il n'y a qu'une seule et même espèce de paralysie qui est la conséquence de

l'anémie cachectique dans laquelle se trouvent jetés les malades au moment de la convalescence.

Il me semble donc que je puis poser les conclusions suivantes :

1° A la suite d'un assez grand nombre de maladies aiguës, il se développe des paralysies qui peuvent être désignées sont le nom de paralysies consécutives ;

2° Les causes occasionnelles de ces paralysies les troubles divers que détermine dans l'organisme la maladie primitive ; leurs causes prochaines et immédiates ne sont pas encore bien déterminées.

3° Suivant les individus et suivant les maladies occasionnelles, les paralysies présentent entre elles des différences comme début, comme marche et comme gravité; mais ces différences ne portent que sur des points de détail et ne peuvent établir une distinction réelle. Les paralysies secondaires, quelle que soit leur cause, doivent donc former un seul et même groupe pathologique.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Distinguer l'aspiration par la poitrine de la succion; déterminer leur puissance relative.

Chimie. — Caractères des chlorates.

Pharmacie. — Préparations dont la salsepareille fait la base; les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des boraginées.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements de dilatation de la poitrine.

Physiologie. — Des usages de la choroïde et des procès ciliaires.

Pathologie interne. — Des fièvres éruptives.

Pathologie externe. — Des plaies d'armes à feu.

Pathologie générale. — Des altérations que l'inflammation détermine dans les membranes muqueuses.

Anatomie pathologique. — De la moelle épinière.

Accouchements. — Des présentations irrégulières de la tête du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des principales préparations de quinquina employées en médecine et de leur valeur comparative.

Médecine opératoire. — De la résection de la mâchoire supérieure.

Médecine légale. — De l'avortement.

Hygiène. — De la durée de la vie en général.

Vu, bon à imprimer.

NATALIS GUILLOT, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.